Deutscher Bundestag **Drucksache 17/5203**

17. Wahlperiode 23. 03. 2011

Antrag

der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Friedrich Ostendorff, Kerstin Andreae, Kai Gehring, Katrin Göring-Eckardt, Winfried Hermann, Sven-Christian Kindler, Sylvia Kotting-Uhl, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Daniela Wagner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat Krankenhausinfektionen und insbesondere Infektionen mit multiresistenten Erregern als das gravierendste gesundheitspolitische Problem in Europa bezeichnet. Jährlich erkranken in Deutschland 500 000 bis 1 Million Menschen im Krankenhaus – mit zum Teil lebensbedrohlichen Folgen.

Ursache für die Zunahme von multiresistenten Erregern in den vergangenen Jahren waren einerseits unzureichende Präventions- und Kontrollmaßnahmen in stationären Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut werden in der Praxis bislang kaum oder nur teilweise umgesetzt. Ein flächendeckendes Screening von Risikopatientinnen und -patienten auf MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) bei der stationären Aufnahme, das sich in anderen europäischen Ländern als wirksam und kosteneffektiv erwiesen hat, findet bis heute nicht statt. Auch die personelle Ausstattung von Kliniken mit Hygienefachpersonal ist unzureichend, ebenso die Fortbildungs- und Beratungsangebote zu Hygiene und Antibiotikamanagement.

Eine weitere zentrale Ursache für die zunehmende Ausbreitung resistenter Erreger ist die oft nicht notwendige bzw. übermäßige Verschreibung von Antibiotika. Der europäische Vergleich belegt eindrücklich, dass hohe Verbrauchsraten von Antibiotika mit einer starken Ausbreitung multiresistenter Keime einhergehen. Dies gilt für die Humanmedizin wie auch die industrielle Tiermast. Aufgrund der auch zukünftig fehlenden Therapiealternativen gegen diese Erreger ist eine eingeschränkte und rationelle Antibiotikaverschreibung auch in Deutschland dringend geboten.

Die Etablierung regionaler Netzwerke unter Beteiligung sowohl des ambulanten als auch des stationären Sektors hat in einigen Regionen hingegen schon zu erkennbaren Verbesserungen geführt und sollte unterstützt werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vorzulegen, der
   a) das Screening von Risikopatientinnen und -patienten auf multiresistente Erreger (MRSA u. a.) bei der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens verpflichtend vorschreibt sowie im Falle eines positiven Befundes Maßnahmen zur Isolierung und Sanierung vorgibt,
   b) bei Entlassung des Patienten/der Patientin die Pflicht zur Weitergabe positiver Befunde und anderer relevanter Informationen an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin oder die aufnehmende Einrichtung unter Wahrung des Datenschutzes vorsieht;
2. die Antibiotikaresistenzstrategie grundlegend, insbesondere im Hinblick auf die Einführung von Antibiotikamanagementprogrammen, zu überarbeiten sowie weitere Maßnahmen zu ergreifen, die einen rationellen Einsatz von Antibiotika in der medizinischen Behandlung und die Prävention von mit Antibiotika zu behandelnden Erkrankungen fördern;
3. im Rahmen eines „Aktionsplans Krankenhaushygiene“ die Initiative für ein gemeinsames Vorgehen der Bundesländer bei der Bekämpfung von nosokomialen Infektionen zu ergreifen und sich dabei insbesondere für eine bessere personelle Ausstattung der Einrichtung mit Hygienefachpersonal, die Stärkung der Hygienewissenschaft in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung, eine intensive Fortbildung und Beratung des Personals in medizinischen Einrichtungen und eine Klärung offener Finanzierungsfragen und Schnittstellenprobleme einzusetzen;
4. die Bildung regionaler Netzwerke zur Bekämpfung multiresistenter Erreger weiterhin finanziell und beratend zu unterstützen;
5. die Vorgaben für die Verwendung von Antibiotika in der Tiermast zu verschärfen sowie eine wissenschaftliche Studie in Auftrag zu geben, die die Bildung und Übertragungswege von multiresistenten Erregern in den unterschiedlichen Tierhaltungsformen genauer untersucht, und die Ergebnisse in die rechtlichen Bestimmungen zur Tierhaltung einfließen zu lassen.

Berlin, den 22. März 2011

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Begründung

In Deutschland erkranken jährlich schätzungsweise 500 000 bis 1 Million Menschen im Krankenhaus an Infektionen. Fast 60 000 dieser Neuinfektionen finden auf Intensivstationen statt. Schätzungen gehen davon aus, dass 7 500 bis 40 000 Menschen an diesen Infektionen versterben. Insbesondere für ältere oder schwer kranke Patientinnen und Patienten verdoppelt sich das Sterberisiko durch eine solche nosokomiale Infektion. Insgesamt verursachen diese Infektionen – neben dem Leid für Betroffene – jährlich rund 2,5 Mrd. Euro an zusätzlichen Kosten und 1 Million zusätzlicher Krankenhaustage.

Drei Viertel der Erreger werden vom Patienten bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus mitgebracht aber oft nicht erkannt (sog. endogener Erwerb). Sie befinden sich beispielsweise auf der Haut oder im Rachenraum des Patienten/der Patientin und lösen erst dann eine schwer zu behandelnde Infektion aus,

wenn sie im Rahmen einer Operation oder invasiver Maßnahmen ins Innere des Körpers oder in Wunden gelangen. Andere Erreger werden innerhalb des Krankenhauses – oft durch unzureichende Hygienemaßnahmen – übertragen (sog. exogener Erwerb). Die Weltgesundheitsorganisation und das Robert Koch-Institut gehen davon aus, dass sich rund ein Drittel dieser endogen und exogen erworbenen Infektionen durch bessere Präventionsmaßnahmen verhindern ließe.

Nosokomiale Infektionen werden häufig durch Bakterien verursacht, die gegen die meistens Antibiotika resistent sind. Der häufigste dieser multiresistenten Keime ist der sog. Methicillin-resistente Staphylococcus aureus, der lebensgefährliche Harnwegs- oder Wundinfektionen, Blutvergiftungen und Lungenentzündungen auslösen kann. Viele Menschen sind Träger von MRSA, ohne dass er bei ihnen eine Infektion auslöst (Kramer et al., MRSA Screening am Universitätsklinikum Greifswald – Ergebnisse, Erfahrungen, Vortrag auf dem 4. Heringsdorfer Infektiologischem Symposium am 10. und 11. Oktober 2008). In Deutschland infizieren sich rund 4 Prozent aller stationären Patientinnen und Patienten und 15 Prozent aller Intensivpatientinnen und -patienten mit MRSA. Von den jährlich rund 40 000 Betroffenen sterben ca. 5 000 Menschen.

Daneben gibt es weitere multiresistente Erreger wie Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) oder Extended-Spectrum-Betalactamase-bildende Darmbakterien (ESBL), die in den letzten Jahren stark zugenommen haben und lebensgefährliche Infektionen auslösen können, ohne dass es eine wirksame Behandlungsmöglichkeit gibt. Aber auch andere nicht multiresistente Erreger wie das Clostridium difficile nehmen in den letzten Jahren stark zu. Die Gefahr, im Krankenhaus an Clostridium difficile assoziierten Diarrhö (CDAD) zu erkranken, ist mittlerweile doppelt so hoch wie für MRSA.

Grund für die starke Zunahme der Erreger sind einerseits unzureichende Präventionsmaßnahmen und die Nichtbeachtung von Hygienestandards. Nur die Minderheit der Bundesländer hat Krankenhaushygieneverordnungen erlassen, in denen sie konkrete Vorgaben für Schutzmaßnahmen treffen. Das in den Richtlinien der KRINKO empfohlene Screening von Risikopatientinnen und -patienten wird ebenso wenig konsequent durchgeführt wie die Isolierung von betroffenen Patienten oder andere Schutzmaßnahmen. Zudem gibt es keine einheitlichen Leitlinien zur MRSA-Therapie. Die Sanierung von MRSA-Patientinnen und -Patienten (d. h. alle Maßnahmen, die zur Wiederherstellung eines gesunden Haut- und Schleimhautmilieus nötig sind) wird – meist aus Kostengründen – vorzeitig abgebrochen, wenn die Patientinnen/Patienten entlassen werden. Pflegeeinrichtungen oder behandelnde Ärzte werden bei Verlegung oder Entlassung eines Patienten oft gar nicht über eine vorliegende Infektion informiert.

Vielen Klinikleitungen fehlt das Bewusstsein für die Bedeutung solcher Maßnahmen oder sie sehen sie allein als Kostenfaktor. Den zuständigen Aufsichtsbehörden fehlen oft Fachkenntnisse oder personelle Ressourcen, um ihrer Aufsichtsfunktion wirksam nachkommen zu können. Auch das ärztliche und pflegerische Personal verfügt oft nicht über ein hinreichendes Problembewusstsein oder hygienisches Fachwissen. Zeitdruck und eine immer größere Zahl von Risikopatientinnen und -patienten, die für solche Infektionen besonders anfällig sind, tun ihr Übriges. Oft beachten nur ein Viertel bis die Hälfte aller Angestellten die Vorgaben zur Händehygiene, obwohl auf diesem Weg 90 Prozent der Infektionen übertragen werden. Dank Initiativen wie der Aktion „Saubere Hände“ konnte der Anteil in einigen Einrichtungen auf über 70 Prozent gesteigert werden (Berliner Zeitung vom 25. August 2010).

Viele Kliniken verfügen zwar über sogenannte Hygienebeauftragte. Dies sind aber überwiegend Ärzte und Ärztinnen anderer Fachrichtungen, die die Funktion neben ihren sonstigen Pflichten zusätzlich übernehmen müssen und nur unzureichend fortgebildet werden. Teilweise wird die Funktion – ebenso wie

ganze Laborabteilungen – auch auf externe Dienstleister ausgelagert. Nur 5 bis 10 Prozent der Kliniken verfügen über einen eigenen Facharzt/-ärztin für Hygiene, rund 40 Prozent noch nicht mal über eine Hygienefachkraft (DER SPIEGEL vom 23. August 2010). Untersuchungen der Stadt Frankfurt/Main zeigen, dass dort der Bedarf an Hygienefachkräften gemäß den Vorgaben der KRINKO in großen Kliniken nur zu 36 Prozent, in kleinen Kliniken sogar nur zu rund 20 Prozent gedeckt ist (Heudorf et al., Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Richtlinie und Realität 2009, Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: S. 372 ff.). Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene würde eine angemessene Ausstattung von Kliniken mit Hygienefachkräften und -ärzten in Deutschland jährlich Mehrkosten von rund 90 Mio. Euro verursachen.

Eine angemessene Ausstattung scheitert derzeit auch daran, dass kaum noch gut ausgebildete Hygienefachkräfte und -ärzte auf dem Arbeitsmarkt zu finden sind. Von den 35 deutschen Unikliniken verfügen nur noch zwölf über eigene Hygieneinstitute; die übrigen wurden wegrationalisiert oder umgewandelt (FAZ vom 25. August 2010). Wegen eingeschränkter Entwicklungsmöglichkeiten gibt es auch beim pflegerischen und ärztlichen Nachwuchs entsprechend wenig Interesse an einer Spezialisierung in diesem Fachgebiet. Der 113. Deutsche Ärztetag forderte daher im Mai 2010 die zuständigen Landesministerien dazu auf, das Fach Hygiene als eigenständiges Institut an den Fakultäten zu erhalten, um auch die wissenschaftliche Grundlage für die Prävention von Infektionen sicherzustellen.

Eine weitere, ebenso wichtige Ursache für die Zunahme multiresistenter Erreger ist der übermäßige und falsche Gebrauch von Antibiotika, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung. In Deutschland werden jährlich 250 bis 300 Tonnen Antibiotika verschrieben, 75 Prozent davon im ambulanten Bereich. In ostdeutschen Bundesländern erfolgt die Verschreibung traditionell restriktiver als in westdeutschen Bundesländern.

Die Indikation für eine ambulante Verschreibung liegt oft nicht vor, z. B. bei virusbedingten Erkältungskrankheiten. Auch ein Drittel aller Krankenhauspatienten und -patientinnen erhält Antibiotika, oft ohne Anlass oder hinreichende Diagnostik. Sowohl die zu lange wie auch die zu kurze Einnahme von Antibiotika begünstigt die Entwicklung von Resistenzen.

Die Zahl der wenigen (und teuren) Reserveantibiotika, die auch bei resistenten Erregern noch wirken, sinkt. Bereits heute werden sie in 50 Prozent der Behandlungsfälle eingesetzt. Die Entwicklung von neuen, innovativen Formen ist für die pharmazeutische Industrie wegen der langen Forschungsdauer unattraktiv geworden; in anderen Bereichen sind zudem die Gewinnaussichten größer. Auch die Expertenempfehlung zur Reduzierung des Antibiotikaverbrauchs widerspricht den Interessen der pharmazeutischen Industrie. Daher ist in den nächsten Jahren kaum mit einer Entwicklung innovativer Antibiotika zu rechnen. Die WHO warnt bereits vor einer „postantibiotischen Ära“, in der kausale Therapien für Infektionskrankheiten fehlen (DER SPIEGEL vom 30. Oktober 2010).

Anhand internationaler Beobachtung kann der Zusammenhang zwischen einem hohen Antibiotikaverbrauch und einer hohen Rate von multiresistenten Erregern eindeutig belegt werden. Italien, Griechenland und Portugal verbrauchen – auch aufgrund der freien Verkäuflichkeit – doppelt so viele Antibiotika wie Deutschland. Gleichzeitig sind dort 50 Prozent der Staphylokokken multiresistent (Süddeutsche Zeitung vom 21. August 2010). Die Niederlande und Dänemark hingegen verdanken ihre niedrigen Resistenzraten auch ihrer restriktiven Antibiotikaverschreibung, die durch nationale und regionale Richtlinien geregelt und in Kliniken mikrobiologisch überwacht wird (Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell 2010, S. 126 f.).

Zu Nummer 1

Wichtigste Maßnahme neben der Etablierung eines rationalen und effektiven Antibiotikaregimes ist die Einführung eines Screenings von Risikopatienten und -patientinnen bei der Einweisung in eine stationäre Einrichtung. Dies sind beispielsweise solche, die aus Einrichtungen oder Ländern mit einem bekannten hohen MRSA-Risiko kommen (insbesondere Südeuropa, Großbritannien, USA, Japan) oder die bereits einmal wegen einer MRSA-Erkrankung behandelt wurden. Auch weitere Risikofaktoren wie Kontakt zu Tiermastbetrieben, bestimmte invasive Verfahren oder Erkrankungen (Dialyse, PEG-Sonde, Katheter, künstliche Beatmung, Dekubitus oder offene Wunden), eine längerfristiger Antibiotikatherapie oder dauerhafte Pflegebedürftigkeit sollten berücksichtigt werden.

Die Pflicht zur Durchführung eines solchen Screenings kann im Infektionsschutzgesetz festgelegt werden. Der Bund hat nach Artikel 74 Nummer 19 des Grundgesetzes (GG) die dafür notwendige Gesetzgebungskompetenz. Von dieser Kompetenz werden nach einhelliger Ansicht alle direkten Maßnahmen zur Vorbeugung oder Bekämpfung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten erfasst, wie etwa Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und auch obligatorische Tests (vgl. Maunz in: Maunz/Dürig, GG Artikel 74 Nummer 19 (Stand 60. Ergänzungslieferung, 2010) Rn. 213; Oeter in: v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Band II, 6. Auflage (2010), Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19, Rn. 135; Stettner in: Dreier, GG, Band II, 2. Auflage (2006), Artikel 74, Rn. 91); Kunig in: v. Münch/Kunig, GG, Band III, 5. Auflage (2003), Artikel 74, Rn. 90; Sannwald in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Hopfauf, GG, 12. Auflage (2011), Artikel 74, Rn. 231; Rengeling in: Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Band VI, 3. Auflage (2008), § 135 Rn. 264; Pieroth in: Jarass/Pieroth, GG, 11. Auflage (2011), Artikel 74 Rn. 49).

Die Wirksamkeit und Kosteneffektivität eines solchen Screenings wurde in mehreren Studien belegt (Korczak/Schöffmann, a. a. O., S. 43 ff. und S. 93 f.). Die Behandlung von MRSA-Infektionen führt nach Berechnungen der Universität Greifswald zu jährlichen Zusatzkosten von rund 300 Mio. Euro. Pro Behandlungsfall entsteht den Kliniken trotz möglicher Zusatzentgelte (OPS) ein Verlust von rund 5 700 Euro. Eine Studie der Universität hat auf dieser Grundlage errechnet, dass die Etablierung eines Screenings von Risikopatienten und -patientinnen bereits dann kostenneutral ist, wenn mindestens drei MRSA-Infektionen im Jahr verhindert werden (Wernitz et al., Cost analysis of hospital-wide selective screening programme for methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) carriers in the context oft diagnosis related groups (DRG) payment, 2005). So konnte die Universität in den ersten 19 Monaten des Programms bereits 110 000 Euro an Behandlungskosten einsparen.

Auch die KRINKO empfiehlt allen stationären Einrichtungen, Risikopatienten und -patientinnen zu screenen, bis zum Vorliegen des Ergebnisses zu isolieren und bei einem positiven Ergebnis die Isolierung und Sanierung konsequent durchzuführen. In den Niederlanden haben diese Maßnahmen die MRSA-Rate auf das niedrigste Niveau in Europa gesenkt. Das EUREGIO-Projekt Münster/Twente konnte durch dieses Vorgehen die Zahl der MRSA-Fälle in den beteiligten Einrichtungen seit 2007 halbieren. Das regelmäßige Screening von Klinikpersonal, das MRSA-Patienten betreut, ist ebenfalls sinnvoll, wird aber bislang nur in 23 Prozent der Kliniken durchgeführt (Deutsches Ärzteblatt vom 4. Februar 2011).

Zu Nummer 2

Im Jahr 2001 veröffentlichten sowohl die WHO als auch die EU-Kommission Strategien zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen. Auch die Bundesregierung startete mit der Deutschen Antibiotika-Resistenz-Strategie einen entsprechenden Versuch, der bislang allerdings unzureichend blieb. Viele der initiier-

ten Maßnahmen – wie die Bildung einer interministeriellen Arbeitsgruppe – dienen lediglich der Informationsbeschaffung, sind oft nicht klar abgrenzbar und lassen keine praktischen Veränderungen erwarten (vgl. auch Walter Popp in: Dr. med. Mabuse 2009, Heft 2, S. 49 ff.). Das Bewusstsein für die Resistenzproblematik ist weiterhin nicht ausreichend verbreitet. Zudem gibt es zu wenige pharmaunabhängige Ärztefortbildungen in diesem Bereich.

Der Ausbau der Antibiotikaresistenzstrategie ist daher zwingend. Sie sollte die Etablierung von wirksamen Maßnahmen wie Antibiotikamanagementprogrammen (Korczak/Schöffmann, HTA-Bericht „Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA-) Infektionen im Krankenhaus", 2010) oder die Pflicht zur einheitlichen Dokumentation jeder Antibiotikaverordnung als Grundlage für Erstattungsfähigkeit (Kramer et al., a. a. O.) vorantreiben. Auch die Einbindung von Mikrobiologinnen und Mikrobiologen bei der stationären Verordnung von Antibiotika und verpflichtende Fortbildungen zum Thema „Antibiotikaregime" könnten Teil einer solchen erweiterten Strategie sein. Zudem sollte mit geeigneten Maßnahmen darauf hingewirkt werden, die Prävention von mit Antibiotika zu behandelnden Infektionen zu stärken, um eine Antibiotikagabe auch auf diesem Weg zu vermeiden.

Zu Nummer 3

Der Bund soll im Rahmen eines „Aktionsplans Krankenhaushygiene" die Initiative ergreifen für ein gemeinsames Vorgehen der Bundesländer bei der Bekämpfung von nosokomialen Infektionen. Im Rahmen eines solchen Aktionsplans kann ein gemeinsames Handeln in den Bereichen erarbeitet werden, die in die Regelungskompetenz der Länder fallen. Dazu gehören die ausreichende Ausstattung von stationären Einrichtungen mit Hygienefachpersonal, die Verbesserung von Arbeitsabläufen und Informationsweitergaben innerhalb der Einrichtungen, Schulungs- und Beratungsangebote für das Personal in Fragen der Hygiene und Antibiotikaverwendung, die Förderung der Teilnahmen an bestehenden Surveillance-Systemen, die Stärkung der Aufsichtsbehörden, der Ausbau des Fachs Hygiene an medizinischen Hochschulen sowie die Klärung offener Finanzierungsfragen.

Zu Nummer 4

Auch die Bildung von regionalen Netzwerken hat sich in der Praxis als sehr hilfreich erwiesen, um Brüche beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu verhindern, die Weitergabe von Informationen sicherzustellen und Vorbehalte gegenüber einer Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern abzubauen. MRSA-Netzwerke gibt es heute schon in fast allen Bundesländern, allerdings noch nicht flächendeckend. Der Bund sollte daher die Etablierung solcher Netzwerke weiter fördern.

Zu Nummer 5

Ein zunehmender Teil der MRSA-Erreger stammt aus der industriellen Tiermast. In Nordrhein-Westfalen wurde bei Schweinen MRSA in rund 70 Prozent der Schweinemastbetriebe gefunden (DIE WELT vom 6. Mai 2008, Ärzte Zeitung vom 5. Mai 2008). Die Übertragung dieser MRSA-Form auf den Menschen ist bei engem Kontakt möglich. Bereits heute ist ein Viertel der Personen, die beruflich mit Schweinemastbetrieben in Kontakt stehen (Züchter, Angestellte der Mastbetriebe, Tierärztinnen und Tierärzte, Lebensmittelkontrolleure) mit MRSA infiziert. Andere Studien gehen davon aus, dass sogar 86 Prozent der Landwirte betroffen sind (Korczak/Schöffmann, a. a. O., S. 15). Auch hier ist die Etablierung von Präventionsmaßnahmen, insbesondere verschärfte Vorgaben für die Antibiotikaverwendung, dringend notwendig. Auch die Auswirkungen der Tierhaltungsform muss dringend wissenschaftlich untersucht werden. So gibt es nach ersten Untersuchungen des Nationalen Referenzzentrums

für Staphylococcus aureus des Robert Koch-Instituts (RKI), die auf einer Tagung zu MRSA im Juni 2010 vorgestellt wurden, deutliche Anhaltspunkte dafür, dass zwischen Haltungsform und der Übertragung von MRSA von Tier zu Mensch signifikante Zusammenhänge bestehen. Laut dem RKI wurde bei 24 Betrieben, die ihre insgesamt 178 Tiere nach den Neuland-Kriterien halten, kein einziges Tier gefunden, bei dem MRSA nachgewiesen werden konnte.*

* Neuland Erzeuger-Rundbrief 2/2010



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333